**拟购**移动式空气消毒机**项目初步参数论证征集意见表**

供应商、联系人及电话（加盖公章）：

产品品牌、规格型号、产地、医疗器械注册证号及最低报价：

**备注：**

1、按要求格式填写并每页加盖报名供应商公章【电子章无效】，在规定时间内以**原件扫描件和电子版形式**发送至医院指定邮箱（招标办：2523245199@qq.com和归口科室【设备科□、信息科□、总务科□及其他□ 】： ）；

2、响应情况（是/否）若为否则须标注具体建议修改指标（**未标注则默认为响应初步参数**），**建议修改指标须提供相应证明材料**（★项证明材料须为政府主管部门【或具备CMA<或CNAS>资质检测机构】出具的检测报告，非★项证明材料可为除彩页外的其他材料，**无证明材料则可不予采纳**；建议修改意见原则上须满足业界主流品牌同档次水平产品且不得为独家），**同时务必备注本品牌本规格型号产品相对应的真实指标并标注是否为独家（供医院汇总定稿版参数时选择）；**

3、院方根据各潜在供应商提供的配套耗材和须定期更换零部件的报价清单(须同步提供近2年内至少3家二级及以上医院发票原件扫描件和入库清单【遮挡无效】)进行设置相关报价限价，若潜在供应商均未提供报价清单（含发票原件扫描件和入库清单）则视同本项目无耗材和须定期更换零部件。

**4、杜绝两现象：**一是整机保修3年，保修范围不包含须定期更换零部件，须定期更换零部件报价清单如下...；二是将须定期更换零部件变为耗材，恶意降低货物价格，提高耗材价（或直接提高耗材报价）。

**附件：配套耗材、试剂【单人次费用】及须定期更换零部件报价清单（样表【若无则标注“无”且不可删除】、可单列）。**

5、拟设置为★项参数(★项标准：拟购设备核心参数指标**【如有不妥，请提出并提供权威部门证明文件，否则不予采纳】)**要求投标人在投标文件中所提供的证明材料须为政府主管部门**（或具备CMA【或CNAS】资质检测机构）**出具的质检报告原件扫描件（政府主管部门如国家食药监局或其下属单位或省级医疗器械检验机构或省级食品药品检验机构等）。

附件：表1-4

**第一部分：拟购项目初步参数结构**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本项目初步参数拟设置情况 | | | | 响应情况 | 建议修改指标 | 备注（真实指标、是否独家、是否提供有效检测报告） |
| 序号 | 参数名称 | 初步参数设置情况 | 是否设置为为★ |
|  |  | 移动式，适用体积：≤100m³。循环消毒风量：≥1000m³/h。 |  |  |  |  |
|  |  | 采用1至13000V可调高压静电场吸附除尘、杀菌、消毒、除异味。 |  |  |  |  |
|  |  | 等离子体发生器和等离子体机芯使用寿命≥40000小时。 |  |  |  |  |
|  |  | 细菌总量≤108cfu/m3 |  |  |  |  |
|  |  | 消毒时空气中臭氧浓度：≤0.03mg/m³。 |  |  |  |  |
|  |  | 负离子发生量：≥2×107个/cm3。 |  |  |  |  |
|  |  | 对空气中自然菌的杀灭率90%。对空气中白葡萄球菌杀灭率99.90%, |  |  |  |  |
|  |  | 对空气中的甲醛去除率93.51%。 |  |  |  |  |
|  |  | 额定电压：AC 220V±22V，消毒功率：≤140W，额定频率：50Hz±1Hz， |  |  |  |  |
|  |  | 噪音：≤55dB. |  |  |  |  |
|  |  | 微电脑程序控制，中文背光液晶显示屏。 |  |  |  |  |
|  |  | 等离子发生器、电机、负氧离子故障自动检测故障提示、具有消毒及风量加强功能。 |  |  |  |  |
|  |  | 程控、遥控、按键多控消毒运行，按键采用实体红外线遥控操作，具有程控定时功能. |  |  |  |  |
|  |  | 消毒可设置六个时间段，时间可任意设置。 |  |  |  |  |
|  |  | 出风口工作时自动开启，关机自动关闭。风速高、低可选。 |  |  |  |  |
|  |  | 工作时自动横向循环扫风，快速循环消毒室内空气。 |  |  |  |  |
|  |  | 使用初中效活性炭网除臭等辅助消毒手段。 |  |  |  |  |
|  |  | 内置静态除臭因子，解决终末消毒。 |  |  |  |  |
|  |  | 独立外观设计，整机尺寸小巧方便，外设防滑扶手，推拉移动自如。 |  |  |  |  |
|  |  | 手动设置消毒时间自动记忆、具有工作时间累积计时功能。 |  |  |  |  |
|  |  | 消毒后空气中细菌总数：部颁Ⅱ、Ⅲ类无菌环境标准，适用环境：人在动态环境及静态环境（医院病区）。 |  |  |  |  |
|  |  | 整机及配套提供物资免费保修不少于三年（含所有零部件，包括须定期更换零部件）； |  |  |  |  |
|  |  | 整机及配套提供物资需与医院信息系统对接，接口费用由中标方承担； |  |  |  |  |
|  |  | 提供近3年内同机型设备国内医院用户合同5家及以上，标书内提供清晰的合同原件扫描件并加盖公章（遮盖认定为无效业绩）。 |  |  |  |  |

**第二部分：拟购项目配置清单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本项目拟配置清单 | | | 响应情况 | 建议修改指标 | 备注 |
| 序号 | 配置清单名称 | 数量 |
|  |  |  |  |  |  |

附：

表1：相关配置清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 耗材使用学科 | 名称 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |

表2：配套耗材报价清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 耗材使用学科 | 名称 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | **经消毒合格后建议使用次数** |
|  |  |  |  |  |  |  |

表3：配套试剂【单人次费用】报价清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |

表4：须定期更换零部件报价清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 须定期更换零部件 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |